

Bahnhofstrasse 110  
 CH - 8001 Zürich

Telefon: 044 225 41 41  
 Telefax: 044 225 41 42  
 www.hautzone.ch



## Anamneseblatt für Allergiker

Anamnese	j	n	Kommentar
<b>Gegenwärtige Beschwerden</b>			
• Augenentzündung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
• Schnupfen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
• Niesanfälle	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
• Bronchitis	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
• Reizhusten	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
• Nesselfieber	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
• Ekzem	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
• Asthma-Anfälle: wievielmal/Jahr	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
• Schwellungen (z.B. Augen, Lippen, Zunge)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
• Magen-/Darmbeschwerden (z.B. Durchfall) Seit?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
<b>Auftreten der Beschwerden</b>			
• Ganzjährig gleich	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
• Ganzjährig mit jahreszeitlicher Verschlechterung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
• Unregelmäßig	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
• Nach körperlicher Belastung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
<b>Veränderte Beschwerden</b>			
• Im Urlaub (schlechter/besser)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
• Nach Wohnungswechsel (schlechter/besser)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
• Bei Besuch (Großeltern, Verwandte)			
• An bestimmten Orten (Zirkus, Bauernhof, Stall, Arbeitsplatz, andere Orte)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
<b>Begünstigende bzw. auslösende</b>			

Anamnese	j	n	Kommentar
<b>Umstände</b>			
• Wetter (feucht, trocken, kalt, windig, neblig)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
• Ort (Wiese/Feld, Wald, Schule, zu Hause, im Keller)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
• Tageszeit (nachts, morgens, tagsüber)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
• Nach Kontakt (mit Heu, Mehl, Staub, Kosmetika)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
• Medikamente, andere Stoffe	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
• Stimmungslagen (Aufregung, seelische Belastung, launenunabhängig)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
<b>Nahrungsmittel</b>			
• Besteht eine Unverträglichkeit folgender Nahrungsmittel:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Milch, Ei, Fisch, Käse, Nüsse, Tomaten, Erdbeeren, Pfirsich, Äpfel, Apfelsinen, Zitronen, Hülsenfrüchte, andere Nahrungsmittel?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
• Welche Beschwerden werden durch diese Nahrungsmittel ausgelöst:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Durchfall, Erbrechen, Ausschlag, Asthma, Fließschnupfen, örtliche Schwellungen, Kopfschmerzen, Unwohlsein?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
<b>Tiere</b>			
• Besteht Kontakt mit folgenden Tieren: Hund, Katze, Pferd, Meerschweinchen, Hamster, Kaninchen, Rind, Tauben, Ziervögel?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
• Zeigen sich Beschwerden nach dem Kontakt mit Tieren: ja/nein?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
<b>Bisherige Behandlung</b>			
• Medikamente, welche? Ohne Erfolg, welche? Mit Erfolg, welche?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
• Hyposensibilisierung, wann?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
• Kuraufenthalte, wo?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
• Andere, welche?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
<b>Frühere Erkrankungen</b>			
• Milchschorf	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
• Ekzem	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
• Neigung zu Erkältungen,	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

Anamnese	j	n	Kommentar
Bronchitiden			
• Nesselfieber	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
• Reaktion auf Insektenstiche	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
• Krupp/Pseudokrupp	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
• Kiefer- bzw. Stirnhöhlenentzündung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
• Lungenentzündung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
• Chronische Infekte	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
• Häufiges Erbrechen oder Durchfall	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
• Örtliche Schwellungen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
• Migräne	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
• Wurmbefall	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
<b>Operationen</b>			
• Polypen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
• Mandeln	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
• Andere Wann?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
<b>Allergien in der Familie</b>			
• Mutter	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
• Vater	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
• Geschwister	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
• Verwandte	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
<b>Gewohnheiten</b>			
• Nikotin	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
• Sport	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
• Sonstige	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
<b>Wohnung</b>			
• Altbau, Neubau	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
• Feucht, trocken	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
• Einrichtung des Schlafzimmers: Teppichboden, schwere Vorhänge, Polstermöbel, kleiner Teppich, Tierfelle, mehrere Betten, Stoffspielzeug, Zentralheizung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
• Bett: Rosshaarmatratze, Federkernmatratze, Schaumgummimatratze, Federkissen, Federbett, Daunendecke, Wolledecke	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

Dr. med. Erich E. Küng

Facharzt FMH f. Haut- &  
Geschlechtskrankheiten  
Lasermmedizin – Operative Dermatologie VOD  
Konsiliararzt Hirslanden, Im Park, Bethanien



Bahnhofstrasse 110  
CH - 8001 Zürich

Telefon: 044 225 41 41  
Telefax: 044 225 41 42  
[www.hautzone.ch](http://www.hautzone.ch)

